

BORRADOR DEL TRABAJO PUBLICADO COMO

Bravo Ortiz MF, Díaz Mújica B, Fernández Liria A. La atención a los trastornos mentales graves. En Pérez F (Ed) Dos décadas tras la reforma psiquiátrica. Madrid: AEN, 2006
ISBN: 84-95287-31-5



PONENCIA “DOS DECADAS DE REFORMA PSIQUIATRICA”

LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Mº Fe Bravo Ortiz, Belen Díaz Mújica, Alberto Fernández Liria

POSIBLE ESQUEMA:

1. Introducción.
 - a. La atención a los TMG en la Ley General de Sanidad:
 - i. Transformación de los hospitales psiquiátricos
 - ii. Desarrollo de programas de rehabilitación
 - b. Atención Integral a las personas con TMG:
 - i. Tratamiento
 - ii. Rehabilitación
 - iii. Cuidados
 - iv. Apoyo social
2. Desarrollo de recursos alternativos a la institucionalización:
 - a. Programas de rehabilitación psicosocial y reinserción social. Breve revisión histórica
 - b. Situación actual de los programas de Rehabilitación
3. La organización coordinada de los cuidados:
 - a. Los programas de seguimiento y cuidados. Breve revisión histórica.
 - b. Implantación actual de estos programas en el estado. Diferentes modalidades.
4. Presente y desafíos de la atención integral a los TMG en nuestro país.

1. INTRODUCCIÓN.

Como en todos los procesos de reforma, el objetivo inicial de la misma tenía que ver con el cambio sustancial de la atención a las personas con trastornos mentales graves (TMG) y crónicos, que previamente venían siendo atendidos en los manicomios. En el caso de España esto también fue así, aunque con importantes matizaciones, ya que al comenzar tardíamente el proceso de reforma, se conocían algunos de los problemas que habían surgido en otros países en

la desinstitucionalización. Además los cambios legislativos que se introdujeron, dentro de la propia Ley de Sanidad, se realizaron con un consenso amplio de la comunidad profesional, y se evitaron, tanto el desarrollo de leyes específicas, como los cambios bruscos institucionales. Ambos hechos probablemente posibilitaron que el modelo propuesto se fuera implantando con diferente grado de desarrollo e intensidad en todo el estado, y esté vigente hoy en día. Pero también, esta generalidad de su planteamiento puede estar en el origen de la lentitud de implantación y de la escasez de recursos alternativos de atención a las personas con TMG, así como la indefinición en cuanto a la responsabilidad de su puesta en marcha (lo social o lo sanitario).

Si bien el insuficiente y tardío desarrollo de recursos sociales de apoyo a la rehabilitación nos diferencia de los países occidentales, otros problemas, tales como la dificultad de coordinación de la atención a las personas con TMG, nos sitúan en las mismas coordenadas en cuanto a la necesidad de desarrollar programas que garanticen la continuidad de cuidados.

Estos tres ejes (transformación desigual de los hospitales psiquiátricos, escaso y tardío desarrollo de recursos de apoyo social a la rehabilitación, y necesidad de poner en marcha programas que garanticen la continuidad de cuidados) definen los rasgos más relevantes del escenario actual de la atención a las personas con TMG. El escenario futuro probablemente vendrá determinado, además de por nuestra habilidad de resolver favorablemente las necesidades actuales, por la capacidad del sistema de adaptarse a las nuevas necesidades que han aparecido también en el ámbito de los TMG, como son los trastornos graves de personalidad, los TMG y el abuso de sustancias, las primeras fases de los cuadros psicóticos,...

a. La atención a los TMG en la Ley General de Sanidad:

En el artículo 20 de la Ley General de Sanidad no se trata específicamente de las personas con TMG, quedan englobados dentro del epígrafe general de “enfermos mentales”, pero hay dos aspectos de la misma que tienen una relación directa. Estas son:

1. La transformación de los hospitales psiquiátricos
2. El desarrollo de programas de rehabilitación (“Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales”).

Este planteamiento estratégico general ha permitido su permanencia y que hayan tenido cabida distintos desarrollos de los mismos, pero a la vez ha sido el origen de su desigual implantación en las diferentes comunidades autónomas. Así mismo, aunque define la rehabilitación como una prestación sanitaria necesaria para la atención integral al enfermo mental y señala la necesidad de buscar la coordinación con los servicios sociales, introduce un

elemento de ambigüedad en cuanto al grado de competencia (y por tanto de responsabilidad) del sistema sanitario en el desarrollo de dichos programas. Este factor ha influido, tanto en lo que se refiere a la disparidad en los modelos entre las comunidades, y lo más importante, en cuanto a la exigencia de copago en algunas de ellas.

b. Atención Integral a las personas con TMG:

El desarrollo inicial del modelo comunitario de atención en algunos países, (con insuficiente dotación de recursos y poca cantidad y diversidad de dispositivos intermedios, (1) dejaron en evidencia que gran parte de las personas con TMG, que no demandaban voluntariamente atención, o que se perdían en la complejidad de los recursos, quedaban fuera del sistema de atención. (2-4). En general el sistema proveía tratamiento a aquellos que accedían, ocasionalmente alguna actividad rehabilitadora, pero se olvidaba de la provisión de cuidados y el apoyo social era insuficiente. Esto hizo, que fundamentalmente en EEUU se abriera un intenso debate que obligó al Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH) a desarrollar el concepto de "Sistema de Apoyo o Soporte Comunitario" e impulsar su puesta en marcha, a través de la financiación federal, en los distintos estados.

Para una adecuada atención de esta población es necesario articular un sistema de recursos y servicios comunitarios capaces de procurar una atención adecuada e integral, que abarquen el tratamiento del trastorno, la rehabilitación de las discapacidades, la provisión de cuidados coordinados y del apoyo sociocomunitario. El concepto de "Sistema de Apoyo o Soporte Comunitario" desarrollado por el Instituto Nacional de la Salud Mental de EEUU sirve como referencia de esta necesidad. Plantea la pertinencia de promover y organizar en el ámbito local una red coordinada de servicios, recursos, programas y personas para ayudar a las personas con TMG en la cobertura de sus diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando que sean innecesariamente aislados o excluidos de la comunidad. Exige la planificación, organización y coordinación de un abanico de servicios de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte social necesarios para ayudar a dichas personas a mantenerse y funcionar en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible. Dicho concepto identifica los diferentes componentes o ámbitos de intervención que han de configurar un sistema de soporte comunitario integral (5):

Identificación, detección y captación de la población enferma mental crónica

- Atención y tratamiento de salud mental
- Atención en crisis y hospitalización
- Alojamiento y atención residencial
- Apoyo económico
- Apoyo social: autoayuda y apoyo mutuo. Educación y apoyo a las familias

- Rehabilitación psicosocial
- Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mercado de trabajo
- Protección legal y defensa de sus derechos
- Monitorización y seguimiento individualizado en la comunidad

Cada uno de estos componentes puede ser desarrollado por diferentes servicios o recursos y exige una adecuada coordinación que los articule como una red o sistema integral en el que se intercalan y complementan tanto servicios generales que cubren necesidades comunes al resto de la población, como servicios especializados que atienden necesidades específicas y peculiares de este colectivo.

En nuestro contexto, y para avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con enfermedades mentales crónicas, se deben ir articulando sistemas de atención y soporte comunitario cuyos pilares básicos se asienten en la colaboración entre el sistema sanitario a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos, y el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados, teniendo en cuenta que los problemas de funcionamiento psicosocial y de integración social que sufre esta población desbordan a menudo la capacidad y posibilidades de los servicios de salud mental y exigen la decidida colaboración de los servicios sociales, sin dejar tampoco de lado la coordinación con el resto de sistemas de servicios y especialmente del sistema de formación y empleo.

Aunque el modelo de atención a la salud mental en general y a los enfermos mentales graves y crónicos en particular, está asentado y orientado en un enfoque comunitario, aún queda mucho camino por recorrer para poder afirmar que se cuenta con un adecuado sistema de atención comunitaria e integral a las personas con TMG: un conjunto coordinado, coherente y suficiente de recursos, servicios y programas que cubran las diferentes necesidades y problemas de este colectivo y de sus familias y permitan su adecuada atención y su efectiva rehabilitación e integración social.

En la atención integral al enfermo mental crónico hay que plantearse cuatro aspectos fundamentales:

- i. El tratamiento del trastorno.
- ii. La rehabilitación de las discapacidades.
- iii. La provisión de cuidados.
- iv. El apoyo social.

2. DESARROLLO DE RECURSOS ALTERNATIVOS A LA INSTITUCIONALIZACIÓN:

- a. Programas de rehabilitación y reinserción social. Breve revisión histórica

A lo largo de los últimos años la Rehabilitación Psicosocial ha venido configurándose como un campo de intervención de creciente importancia e interés en la atención comunitaria a las personas con esquizofrenia y otras psicosis. Definido como un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan a las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y de manejo de los síntomas, se orientan fundamentalmente a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de esquizofrenia, así como de otras enfermedades mentales graves y crónicas.

El término Rehabilitación Psicosocial (en la literatura se utiliza también el término Rehabilitación Psiquiátrica) hace referencia a un espectro de programas de intervención psicosocial y social para personas que sufren de manera continuada trastornos psiquiátricos graves, en especial esquizofrenia. El objetivo es mejorar la calidad de vida de estas personas y ayudarlas a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en la comunidad tan activamente como sea posible y a manejarse con la mayor independencia posible en su entorno social. Los programas de rehabilitación psicosocial están concebidos para reforzar las habilidades del individuo y para desarrollar los apoyos ambientales necesarios para mantenerse en su entorno. Así, actualmente, se podría afirmar que “la rehabilitación psicosocial se define como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible” (6). Bennet, uno de los teóricos más relevantes de este campo decía que: “El objetivo de la rehabilitación psiquiátrica debe ser facilitar a la persona discapacitada que haga el mejor uso de su capacidad residual en el mejor contexto social posible” (7).

La rehabilitación tiene que ver por tanto, con ayudar a las personas con TMG a superar o compensar las dificultades psicosociales y de integración social que sufren y a apoyarles en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios. La rehabilitación opera intentando apoyar a la persona con trastorno mental severo en los difíciles retos que supone su desenvolvimiento e integración en la vida social normalizada, ayudándole también a recuperar su dignidad como persona y como ciudadano. Y opera en todas las áreas de la vida y en los diferentes escenarios en los que ésta se desarrolla: alojamiento, red social, trabajo, relaciones familiares, estudios, ocio, etc. La rehabilitación pretende actuar en todos estos escenarios ayudando tanto a reconstruir una mínima red social de apoyo como en la difícil tarea de buscar un empleo, o de recuperar una autonomía personal deteriorada.

Teniendo en cuenta todos estos objetivos y áreas, las personas que trabajan en rehabilitación deben articular, de un modo muy flexible e individualizado, múltiples estrategias e intervenciones, utilizando todas aquellas técnicas disponibles procedentes de otros campos: intervención psicológica y modificación de conducta, trabajo social, estrategias socioeducativas, técnicas del campo de los recursos humanos, estrategias de animación comunitaria, etc., que sean relevantes y pertinentes para el logro de los objetivos marcados.

Este campo de intervención psicosocial es diferente y complementario a los tratamientos psiquiátricos farmacológicos. Tratamiento y rehabilitación psicosocial han de entenderse como dos modos de intervención con objetivos diferentes pero complementarios entre sí, como dos caras de una misma moneda: la atención integral a la persona con esquizofrenia. El objetivo fundamental del tratamiento farmacológico es la mejora de la enfermedad, la reducción de síntomas, la estabilización psicopatológica; por contra, el foco principal de la rehabilitación es el funcionamiento de la persona en su entorno, la mejora de sus capacidades personales y sociales, el apoyo al desempeño de los diferentes roles de la vida social y comunitaria, la mejora en suma de la calidad de vida de la persona afectada y de sus familias y el apoyo a su participación social en la comunidad de un modo lo más activo, normalizado e independiente que en cada caso sea posible (8).

b. Situación actual de los programas de Rehabilitación

A lo largo de estas dos décadas el desarrollo de los programas de rehabilitación psiquiátrica han ido despegando de un modo desigual en las distintas comunidades del estado español, habiéndose producido en los últimos años una cierta aceleración de este proceso, aunque todavía no se han alcanzado estándares que puedan considerarse adecuados para un país occidental, miembro de la Unión Europea. Si en general ha existido una gran disparidad entre los modelos asistenciales implantados, es en el campo de la rehabilitación donde esta es mayor. Esta disparidad se puede constatar en muchos aspectos: desde el tipo de dispositivos desarrollados, las formas organizativas (fundaciones, consorcios, concertación de servicios, desarrollo de servicios por asociaciones,...), las competencias y financiación (Sanidad / Servicios Sociales), o la existencia o no de copago.

Tanto en el Cuaderno Técnico nº 6 de la AEN (9), sobre “Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones”, como en el Observatorio de la AEN (10) se recogen datos que permiten conocer el desarrollo actual de los programas de rehabilitación en las distintas comunidades. Estos datos ponen en evidencia este desarrollo desigual entre unas y otras, y en la mayoría de los casos traducen tanto el grado de implantación de la reforma, como la importancia relativa que dan a unos dispositivos y a otros. A modo de

ejemplo se recoge en la Tabla nº 1 unos datos comparativos de ratios de plazas en diferentes dispositivos en tres comunidades.

En dicha tabla se ven los diferentes perfiles de desarrollo, qué indican, tanto el lugar que han ocupado dentro del proceso de reforma la transformación de los hospitales psiquiátricos, como el impulso que se ha querido dar al desarrollo de dispositivos residenciales y de rehabilitación alternativos.

Hay que mencionar también, que en muchas comunidades se ha dado un impulso importante en estos últimos años, duplicando en algunos casos el presupuesto dedicado a dispositivos de rehabilitación, con un incremento significativo, que no queda recogido en la tabla por no disponer de datos actualizados.

3. LA ORGANIZACIÓN COORDINADA DE LOS CUIDADOS:

c. Los programas de seguimiento y cuidados. Breve revisión histórica.

Los movimientos de reforma de la atención psiquiátrica que cobraron cuerpo a principios de los años sesenta del pasado siglo XX, se organizaron asumiendo una buena colección de mitos que los resultados de la misma fueron obligando a poner en entredicho y que llevaron a desarrollar nuevas estrategias y nuevos conceptos. Según uno de estos mitos, el desarrollo de recursos comunitarios, como los Centros de Salud Mental Comunitaria a los que el Acta Kennedy de 1963 dio pie, iba a proporcionar un sistema alternativo de atención (que sólo iba a necesitar ser complementado con breves y ocasionales estancias en las unidades de los hospitales generales) a los pacientes graves y crónicos que la *desinstitucionalización* hizo salir de los hospitales psiquiátricos. El informe de 1978 de la Comisión Presidencial de Salud Mental hubo de dar la razón a las voces que desde el umbral de los setenta denunciaban que, lejos de ocurrir esto, los nuevos recursos se emplearon en atender necesidades de personas que antes no acudían a las estigmatizadas instituciones psiquiátricas (de los – mal – llamados *trastornos mentales menores* a los *sanos preocupados*) y que, tanto los pacientes que habían sido desinstitucionalizados, como los que debutaban con sus trastornos graves y crónicos después del cierre de los hospitales psiquiátricos, quedaban con facilidad abandonados a su suerte (11). De ello se deducía que era preciso desarrollar nuevos tipos de recursos *intermedios* (12).

Para finales de los 70, sin embargo, era patente que, aún en los lugares en los que los recursos que hubieran servido para cubrir las necesidades de estas poblaciones se habían desarrollado tanto dentro como en el entorno de los sistemas de atención a la salud mental, podía suceder que tales posibilidades no fueran utilizadas por la población más necesitada de ellos, sencillamente porque, precisamente, su trastorno les hacía difícil o carente de interés el acceso a estas (13, 14).

Para esos mismos años se pone de manifiesto la necesidad de desarrollar programas para resolver específicamente este problema y se empiezan a desarrollar y a poner a prueba las primeras propuestas (15-17). Este tipo de programas se extendieron como la pólvora por los Estados Unidos de América en los 80 y, con variaciones en cuanto a denominación, y vinculación con los modos tradicionales de actuar, por Europa poco después.

Estos programas aparecen en la literatura con múltiples denominaciones: *case management* (bárbaramente traducido, a veces, como *manejo de casos*), programas de tratamiento asertivo comunitario, programas de seguimiento y cuidados para pacientes graves y crónicos, programas de coordinación de cuidados, programas de continuidad de cuidados...

Se trata de programas por los que se asigna a un profesional (o, a veces, a un paraprofesional) o a un equipo específico, a un paciente que, debido a un trastorno mental, va a tener que usar sucesiva o simultáneamente un abanico de diversos recursos de salud mental, sanitarios, sociales o comunitarios (18-20). Estos programas constituyen una forma de organizar la atención que precisan las personas con enfermedad mental crónica. No son tratamientos en sí mismos sino el vehículo a través del cuál se van facilitar los tratamientos, rehabilitación, cuidados y apoyo necesarios y se van a coordinar las intervenciones.

Su desarrollo ha sido muy diverso en contextos y culturas asistenciales y los procedimientos e indicadores utilizados para su evaluación y las consiguientes conclusiones sobre su eficacia también lo han sido. En un reciente trabajo (21) hemos revisado los diferentes modelos que aparecen en la literatura, y aquellos de los que tenemos constancia que se están desarrollando en el estado español. En la Tabla 2 se recogen sintéticamente aquellos modelos más relevantes, tal y como los publicaron Mueser et al. (22).

d. Implantación actual de estos programas en el estado. Diferentes modalidades.

En nuestro país, el primer intento que nos consta de introducir este tipo de programas en la oferta de atención a los pacientes graves y crónicos se produce en el contexto del proceso de reforma del antiguo Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés y su transformación en una red de servicios de base comunitaria. El programa se desarrolla después de casi dos años de discusiones (23-25), pretende recoger los planteamientos de los programas ya desarrollados en otros países y se estructura como un programa longitudinal (esto es, que pretende establecer una forma de uso de los programas transversales de atención comunitaria, rehabilitación etc...) para pacientes que tienen como característica el requerir el uso simultáneo o sucesivo de varios dispositivos de la red. Se organiza con base en los Centros de Salud Mental de Leganés y

Fuenlabrada, desde subequipos de los mismos integrados por diplomados en enfermería, trabajadores sociales y, en el caso de Fuenlabrada, auxiliares psiquiátricos.

Pocos meses después, en 1991, se desarrollan con planteamientos idénticos, los programas del área 3 de Madrid (a la que se traslada uno de los promotores de los anteriores), desde los Centros de Salud Mental de Alcalá y Torrejón, donde se confeccionan instrumentos estandarizados para la evaluación de los pacientes y la construcción de los planes individualizados de seguimiento y cuidados (26).

Desde estos dos primeros programas, se imparten en 1992, actividades de formación organizadas por la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial y la administración, dirigidos a profesionales de otras áreas de Madrid en algunos de cuyos distritos se ponen en marcha programas semejantes.

Desde este momento y hasta el año 2000, estos primeros programas son presentados en diferentes congresos y se desarrollan actividades docentes en otras comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Castilla la Mancha, Castilla León, Extremadura, Galicia) y en países con los que se están desarrollando programas de cooperación (Bosnia, Kosovo) y se publican los planteamientos iniciales, algunos datos sobre su desarrollo y reflexiones sobre dificultades y problemas para el mismo (26-29).

En 1998 la Comisión Regional de Rehabilitación de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid se plantea como uno de sus objetivos la puesta en marcha de Programas de Seguimiento en los Servicios de Salud Mental, elaborando unas recomendaciones sobre como deben implantarse. Estas recomendaciones son seguidas irregularmente, poniéndose en marcha algunos programas en algunos distritos. Pero no es hasta el año 2001 cuando el Departamento de Salud Mental de Madrid, crea un grupo de trabajo que genera un documento por el que el desarrollo de este tipo de programas es asumido oficialmente como un objetivo de los servicios de esta comunidad autónoma. El trabajo de este grupo de expertos es vinculado a la confección del Plan de Salud Mental 2003-2008 (30), y su implantación se constituye como uno de sus objetivos prioritarios. Pasan a denominarse Programas de Continuidad de Cuidados y se crea la figura del Coordinador de Cuidados de Salud Mental, desarrollándose guías específicas para la implantación del programa en los servicios y para la confección del Plan de Atención Integral.

Este Programa de Continuidad de Cuidados se asemeja al modelo de “Case Management Clínico” descrito en la literatura; se organiza con base en los CSM, cada coordinador de cuidados tiene una carga alta de casos (1:30+), mantiene su psiquiatra de referencia, y la mayor parte de las actividades se realizan en los centros, y no da cobertura 24 h. En 2003 se pone en marcha en Madrid, en coordinación con Servicios Sociales, un Equipo de

Atención Psiquiátrica a Personas sin Hogar, que trabaja en la calle y que sigue el modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario, con la única diferencia que no tiene cobertura directa las 24 h. Este equipo compuesto por 1 psiquiatra, 2 enfermeras, 1 psicólogo, 1 trabajador social y 4 educadores sociales y se está ampliando en estos momentos con 1 psiquiatra, 2 enfermeras y 1 trabajador social más.

Desde la segunda mitad de los noventa se han desarrollado en todo el Estado Español otros programas que atienden a los mismos problemas con algunas diferencias en sus planteamientos y vinculación con el sistema de atención a la salud y los trastornos mentales.

En 1996 se inicia en Málaga un programa de tratamiento intensivo para pacientes graves, coordinado por un psiquiatra y que integra dos psicólogos, un enfermero un trabajador social, un terapeuta ocupacional y un número variable de auxiliares, que se hace cargo del tratamiento global de pacientes, y actualmente tiene su base en un hospital general (31).

En Avilés (Asturias), desde 1999, se desarrolla un Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario desde un equipo, independiente del Centro de Salud Mental, que se hace cargo de la atención integral de los pacientes a él derivados y que se compone de dos psiquiatras, dos enfermeros, dos auxiliares y una trabajadora social. Su modelo guarda una gran fidelidad a los programas originales de TAC . Con posterioridad el modelo se ha extendido a otras áreas del Principado de Asturias.

En otras comunidades autónomas se han puesto en marcha, más recientemente, programas, en general más parecidos a los originales de ACT (y, en esa medida a los Asturias y Andalucía más que a los de Madrid) que los primeros en el sentido de que se basan en la constitución de equipos independientes y no estructurados como un programa con base en el centro de salud mental para pacientes que no pierden el contacto con el psiquiatra de referencia en éste, sino que disponen de facultativos propios, que asumen esa función, y que se hacen cargo del tratamiento integral de los pacientes. Así, en Coruña y Lugo, se crean en 2001 unos Equipos de Continuidad de Cuidados, con base en hospitales de día y sólo dotados de un enfermero y un auxiliar supervisados por un psiquiatra del hospital de día, aunque la dirección del tratamiento de cada paciente sigue en manos del psiquiatra del CSM, y, en Albacete, en 2002 un Equipo de Tratamiento Comunitario Asertivo compuesto por un psiquiatra, un psicólogo, un enfermero, un auxiliar, un trabajador social y un terapeuta ocupacional. En Zamudio en 2001, como uno de los procesos en base a los que se constituye la Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación, se pone en marcha el Programa de Seguimiento / Hospital de Día para pacientes con TMS y clínica psicosocial severa.

Programas de estas características han sido también desarrollados desde asociaciones de familiares u ONGs, en algunos casos, con apoyo de la administración. En Cantabria, por

ejemplo, la Asociación ASCASAM , lleva a cabo desde 1998 un Programa de Atención Domiciliaria Especializada con un equipo integrado por un psicólogo, un trabajador social y un educador que presenta grandes dificultades de integración en la red. En otras comunidades, por ejemplo Madrid, los programas, sobre todo de atención domiciliaria, desarrollados desde algunas asociaciones se plantean como alternativos a la red en zonas en las que ésta no oferta esta prestación. No existe un censo de programas desarrollados desde asociaciones u ONGs y no hemos encontrado en la literatura información sobre ellos.

En Cataluña, el sistema de atención a la salud mental presenta características muy diferentes a las del resto del Estado por estar el sistema de provisión pública integrado muy frecuentemente por recursos de titularidad privada.

En 1997 se han puesto en marcha, el Programa de Atención Específica a los Trastornos Mentales Severos, (TMS) en cuyo diseño participaron un número alto de profesionales de la red de Salud Mental. El Programa específico de TMS, desde el 2001 es de aplicación generalizada, y se desarrolla desde subequipos con base en los CSM, 1 Diplomado en Enfermería y 1 trabajador Social.

El programa TMS está dirigido a pacientes TMS, que engloba a diferentes entidades nosológicas, que tienen en común criterios de gravedad, persistencia en el tiempo, con tendencia al deterioro y a alteraciones de las relaciones personales, familiares y sociales.. El programa desarrolla diversas intervenciones que den una respuesta selectiva, adecuada a cada patología y integral, en las que se incluyen técnicas médicas y farmacológicas, psicológicas, sociales y rehabilitadoras. Por otro lado están los pacientes TMS que no acceden a los dispositivos asistenciales ya sea por falta de conciencia del trastorno, por falta de soporte familiar adecuada. Los objetivos que se plantea el Programa han de procurar reducir al mínimo posible el impacto de la enfermedad, para conseguir la recuperación de la persona con TMS, conseguir la recuperación de la persona con TMS, para que pueda conseguir una forma de vida satisfactoria, a pesar de las limitaciones que comporta la enfermedad. La intervención terapéutica habrá de conseguir: 1) alivio sintomático, b) aumento de la autonomía personal, c) mejora de la integración social y familiar, d) conciencia del proceso patológico y de los conflictos propios, e) creación de un vínculo terapéutico, y f) satisfacción del paciente y su familia.

El programa diferencia la atención a los *I.- TMS en situación de crisis/ continuidad asistencial*: detección, mejora de la respuesta frente a las descompensaciones agudas, acogida y atención a la crisis, coordinación y continuidad asistencial y *II.- Atención integral a los pacientes con TMS*: Plan Terapéutico Individualizado (PTI), atención domiciliaria en pacientes con riesgo de desvinculación, coordinación entre el Centro de Día y el CSM, soporte a la integración, recursos comunitarios.

En el 2003 se han desarrollado 11 programas de case management, todos ellos concertados. Son los Planes de Servicios Individualizado (**PSI**), (32-35) que en general tienen equipos que están integrados por Diplomados en Enfermería, Trabajadores Sociales y Educadores Sociales y los pacientes mantienen su relación con el psiquiatra del centro de salud mental. El PSI es un método de gestión de los TMS en la comunidad. El objetivo primordial es adaptar los servicios sanitarios y sociales a las necesidades concretas de cada paciente, con el fin de evitar que estos pacientes queden fuera del circuito y acercarlos tanto como sea posible a su medio natural para consolidar la continuidad asistencial. Conseguir la recuperación de pacientes TMS en grado de cronicidad la recuperación en condiciones de vida en la comunidad y con la máxima calidad de vida que sea posible.

El PSI establecerá en cada situación individualizada: Las necesidades de cada persona TMS, los objetivos terapéuticos y de rehabilitación que se persiguen, los servicios sanitarios y sociales que sean necesarios movilizar, facilitar el acceso y la aceptación de los mismos, coordinar los servicios y la continuidad de la atención, proteger los derechos de las personas TMS y la duración estimada de la utilización de estos servicios.

Desde el 2003 existe un equipo multidisciplinar (**EMSE**) de soporte al servicio de urgencias generales (061), destinado a pacientes desvinculados de la red psiquiátrica y/o encerrados en el domicilio. Es un equipo constituido por un Psiquiatra y un Diplomado en Enfermería, que trabaja en coordinación con el 061, que actúa a petición del mismo, el cual previamente ha hecho de filtro, el Servicio también puede ser solicitado por la familia del paciente, el CSM, etc. La intervención se realiza a través de asesoramiento telefónico o con intervención domiciliaria. El ámbito de intervención es la ciudad de Barcelona. El objetivo de la intervención es la valoración del caso, derivación y facilitar la vinculación al recurso de la red asistencial indicado. La dependencia del EMSE es del Instituto de Asistencia Psiquiátrica, Salud Mental y Toxicomanías (**IAPS**)

Señalar que también han diseñado programas para la población infantil: Programa de Atención a los Trastornos Mentales Graves en la Infancia y la Adolescencia, vinculados al CSMIJ, en el que intervienen 1 Psiquiatra o 1 Psicólogo y un Diplomado en Enfermería.

Las características de los programas desarrollados hasta la fecha en el territorio del Estado Español, se exponen en la Tabla 3.

4. PRESENTE Y DESAFÍOS DE LA ATENCIÓN AL TMG EN ESPAÑA

Como venimos poniendo de manifiesto, en nuestro país se ha seguido en los últimos veinticinco años la misma tendencia que se ha impuesto en la segunda mitad del siglo veinte en

todos los países desarrollados, y se ha producido una transición desde las formas institucionales de atención a los trastornos mentales graves, cuyo paradigma era el hospital psiquiátrico, hacia formas de atención basadas en la normalización y el acercamiento de los recursos al entorno natural del paciente. Para ello se han desarrollado redes complejas, integradas por dispositivos y programas de diferente naturaleza que ofrecen simultánea o sucesivamente distintas formas de atención a las personas con trastornos mentales graves y crónicos. De esta forma, a través de la actuación de estos distintos dispositivos y equipos la atención a los trastornos graves y crónicos se configura hoy como un proceso que integra tanto prestaciones de tratamiento (tanto biológico como psicosocial), como de rehabilitación, cuidados y apoyo.

La transición desde el modelo asilar al comunitario se ha dado de modo diferente en las distintas comunidades autónomas. En general en todas se ha diversificado el tipo de dispositivos y prestaciones ofertados a las personas con trastornos mentales graves y crónicos aunque, como puede comprobarse en el observatorio de la AEN, los dispositivos menos convencionales son casi testimoniales en algunas y están muy desarrollados en otras.

El papel concedido en la actualidad a los hospitales psiquiátricos varía de unas comunidades a otras, desde las que han eliminado este tipo de instituciones (Andalucía) hasta las que les conceden aún un importante papel e incluso han construido en los últimos años nuevos dispositivos de este tipo (Cataluña)

Los nuevos recursos (Centros o unidades de salud mental, unidades de hospitalización en los hospitales generales, hospitales de día, unidades o centros de rehabilitación en régimen de día y de internamiento, comunidades terapéuticas, prestaciones residenciales, alternativas de empleo...) se han desarrollado de modo diferente y desigual y con distintas denominaciones en las diversas comunidades autónomas y ámbitos dentro de cada una de ellas, de modo que es difícil saber en que medida las necesidades de esta población se cubren en cada ámbito territorial. No existe un catálogo ni un inventario oficial de estos recursos. Hoy por hoy, el observatorio de la AEN, construido a partir de información proporcionada por los socios proporciona la visión conjunta más fiable.

El desarrollo de servicios diversificados que han de actuar simultánea o sucesivamente sobre un mismo paciente, ha generado problemas en la coordinación entre estos distintos dispositivos y dificultades para garantizar la continuidad de la atención. Como hemos relatado anteriormente, para resolver estos problemas, en algunas comunidades autónomas, se han desarrollado diferentes tipos de estrategias

- Articulación de programas específicos tendentes a garantizar el funcionamiento sinérgico de los distintos elementos de la red de atención para estos pacientes de acuerdo con un plan individualizado escrito gestionado por un coordinador de cuidados y acordado con el paciente, su

entorno y los profesionales de los distintos elementos de la red que participan en el proceso de atención (Madrid)

- Dotación de equipos especializados que proporcionan la atención integral, individualizada y comunitariamente orientada, a estos pacientes (Asturias, Castilla-La Mancha)
- Sistemas mixtos (Cataluña)

El sistema de atención a estos trastornos funciona en todas las comunidades autónomas y, de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad, en segunda línea respecto a la atención primaria de salud. Desde luego estos no son los trastornos en los que hay mayor dificultad para la detección, aunque sí puede haberlos para la detección y la intervención precoz, lo que hoy sabemos que puede tener repercusiones muy importantes sobre el pronóstico. Los programas específicamente encaminados a garantizar la atención precoz son hoy excepcionales como son excepcionales los encaminados a proporcionar atención urgente en la comunidad. Así, el acceso a los recursos especializados de tratamiento y rehabilitación es tardío y se produce sólo en estados avanzados de la enfermedad, a pesar de las pruebas a favor de la importancia de las intervenciones tempranas

Los trastornos graves comparten el sistema de atención especializada a la salud mental con los trastornos mentales comunes. En ocasiones la fuerte presión asistencial de los segundos ha desplazado a los trastornos mentales graves, que reciben una atención insuficiente.

En todas las comunidades autónomas se oferta atención a estos trastornos que incluye atención ambulatoria y hospitalaria así como alternativas intermedias y en todas se provee tratamiento farmacológico y alguna forma de atención psicosocial, aunque el acceso a uno y otra puede ser diferente entre las distintas comunidades.

La delimitación entre las prestaciones que se consideran sanitarias y las sociales es diferente entre las distintas comunidades autónomas. También es diferente la repercusión que esta delimitación tiene sobre el acceso y la financiación de las prestaciones.

Las asociaciones de familiares y usuarios se han desarrollado en todas las comunidades autónomas, aunque mantienen relaciones diferentes con los sistemas y políticas asistenciales. La participación de los usuarios y familiares ha supuesto cambios en la definición y priorización de los objetivos, las estrategias, los instrumentos y el control de los resultados de los servicios

La falta de recursos comunitarios capaces de garantizar la autonomía de los pacientes, determina el que el mantenimiento de los pacientes en la comunidad se de fundamentalmente a costa del esfuerzo de las familias, y sea imposible, de hecho, una vez que la generación anterior deviene incapaz de proporcionar este apoyo

AUTORES

M^a Fe Bravo Ortiz*

Alberto Fernández Liria**

Belén Díaz Múgica***

(*). Psiquiatra. Jefa de Servicio de Psiquiatría Área 5. Hospital Universitario La Paz.
Universidad Autónoma de Madrid

(**). Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid. Hospital Universitario
Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá

(***). Psiquiatra. Coordinadora CSM-A Sant Martí- Sud (IAPS) Hospital del Mar. Universidad
Autónoma de Barcelona

REFERENCIAS

1. Geller, JL (2000): The last half-century of psychiatric services as reflected in Psychiatric Services. *Psychiatr Serv*, 51:41-67.
2. Bachrach L (2000). Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia_ what are the boundaries?. *Acta Psychiatr Scand* ;: 102 (Suppl. 407): 6-10
3. Lamb HR (1988): Desinstitutionalization at the crossroads. *Hospital and Community Psychiatry*. 39: 941-945
4. Talbott J A (Ed) (1984): *The Chronic Mental Patient: Five Years Later* N.Y. Grunne and Stratton
5. Stroul B (1989): Community support systems for persons with long-term mental illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 12 (3) 10-26.
6. Rodríguez A (Coord.) (1997): *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide.
7. Watts F, Bennett D (1983/1992): *Teoría y Práctica de la Rehabilitación Psiquiátrica*. Méjico. Edit. Limusa.
8. Rodriguez A, y Bravo MF (2003): *Marco general y conceptualizació*. En

Gisbert C (Coord.). Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo. AEN Estudios / 28

9. Cuaderno Técnico AEN nº 6 (2002): Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Situación actual y recomendaciones.

10. Salvador I (Coord.) (2005): El Observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España. Número monográfico. Revista AEN

11. President's Commission on Mental Health. *Report to the President*. 1 ed. Washington DC: United States Government Print Office, 1978.

12. Bachrach L. *Deinstitutionalization: An analytical review and sociological perspective*. Rockville: National Institute of Mental Health, 1976.

13. Pepper B, Kirshner M, Ryglewicz H. "The Young Adult Chronic Patients; Overview of a Population". *Hospital and Community Psychiatry* 1981; 32:463-469.

14. Pepper B, Ryglewicz H. *The Young Adult Chronic Patient. New Direction For Mental Health Services* 14. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.

15. Turner J, Ten Hoor W. "NIMH community support program: a pilot approach to a needed social reform". *Schizophrenia Bulletin* 1978; 4:319-348.

16. Test MA. Continuity of care in community treatment. In: Stein LI, editor. *Community support systems on the long-term patients. New Directions for Mental Health Systems* 2. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.

17. Stein LI, Test MA. Community treatment of the Young Adult Chronic Patient. In: Pepper B, Ryglewicz H, editors. *The Young Adult Chronic Patient. New Directions for Mental Health Systems* 14. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.

18. Fernandez Liria A, Garcia Rojo MJ. "Los programas de "Case Management". Conceptos basicos y aplicabilidad". *Revista de la AEN* 1990; X(32):65-75.

19. Fernandez Liria A. "Los programas de seguimiento y cuidados de pacientes graves y cronicos: un modelo de case management para la reforma psiquiatrica en Madrid". *La Rehabilitacio Psicosocial Integral a la Comunitat i Amb la Comunitat* 1995; 1(0):32-36.

20. Donas M, Fernandez Liria A. Programas de seguimiento y cuidados para pacientes graves y cronicos; un modelo espanol de case management. In: Rebolledo Moller S, editor. *Rehabilitacion Psiquiatrica*. Santiago: Universidad de Santiago, 1997.

21. Alonso M, Bravo MF, Fernández Liria A (2004): Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista de la AEN* 92: 25-51. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. "Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management". *Schizophrenia Bulletin* 1998; XXIV:24(1):37-74.

22. Fernandez Liria A, Garcia Rojo MJ. "Los programas de "Case Management". Conceptos basicos y aplicabilidad". *Revista de la AEN* 1990; X(32):65-75.

23. Fernandez Liria A. *El concepto de Paciente Cronico Adulto Joven. Pertinencia y relevancia para la planificacion de servicios de salud mental* (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Autonoma de Madrid, 1991.
24. Fernandez Liria A. Cronicidad en la psiquitría a finales del siglo XX. In: Rebolledo Moller S, editor. *Rehabilitación Psiquiátrica*. Universidade de Santiago de Compostela, 1997: 15-28.
25. Fernandez Liria A. *La historia clínica psiquiátrica en el área de salud*. Madrid: Fundacion para la Promocion de la Salud Mental, 1995.
26. Donas M, Fernandez Liria A. Programas de seguimiento y cuidados para pacientes graves y cronicos; un modelo espanol de case management. In: Rebolledo Moller S, editor. *Rehabilitacion Psiquiatrica*. Santiago: Universidad de Santiago, 1997.
27. Gonzalez Rodriguez A. “Programas de seguimiento o de continuidad de cuidados en la comunidad”. *Psiquiatria Publica* 2001; 13(2):4-16.
28. Ximenez P, Fernandez C, Sanchez A. “Un programa de seguimiento y cuidados comunitarios de personas que padecen enfermedad mental crónica”. *Trabajo Social Hoy* 2000; 28 bis((monografico 1er semestre 2000)).
29. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. *Plan de Salud Mental 2003-2008*. Madrid.: Consejeria de Sanidad, 2002.
30. Mayoral F. “Programa de tratamiento intensivo en la comunidad de pacientes de alto riesgo”. *Revista de la AEN* 1997; 62:237-250.
31. Balsera Gomez J, Rodriguez Medina C, Caba Calvet R, Vega Prada R, Ruiz Ureña H, Berrueco Ortiz L et al. “La implantación y evaluación del modelo de gestión de casos (case management) en Cataluña: El programa PSI-TMS”. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2002; 30(6):350-357.
32. (...). Plan de servicios individualizado (PSI). *Quaderns de Salut Mental*. Barcelona: CatSalut, 2003.
33. (...). Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. *Quaderns de Salut Mental*. Barcelona: CatSalut, 2003.
34. (...). *Programa de atención específica a los trastornos mentales severos*. *Quaderns de salut mental*. Barcelona: CatSalut, 2003.

Dirección de contacto:

M^a Fe Bravo Ortiz

C/ Amado Nervo nº 3, 5º C

28007 Madrid

E-mail: marife.bravo@uam.es

Tabla nº 1: Cuadro comparativo de recursos de hospitalización de media y larga estancia con respecto a los recursos de rehabilitación, residenciales, laborales y de ocio según los datos publicados en el Observatorio de la AEN correspondientes a diciembre de 2003

	ANDALUCIA	CATALUÑA	MADRID
Hospitalización Prolongada (C. T, U.M.E., U.L.E., U. REHAB. (Plazas / 100.000 hab.)	0,022	62,80	22,96
Dispositivos Residenciales Comunitarios (Miniresidencias, Casas Hogares, Pisos Supervisados,..) (Plazas / 100.000 hab.)	9,12	4,87	5,06
Dispositivos de Rehabilitación Comunitarios (CRPS, URA, C. Día, CRL, C. Empleo, T. Ocup.) (Plazas / 100.000 hab.)	50,96	26,93	26,32

TABLA 3: PROGRAMAS DESARROLLADOS EN ESPAÑA

PROGRAMA	DENIMINACIÓN	INICIO	PROFESIONALES	DEPENDENCIA	VINCULACIÓN A CSM	POBLACIÓN	PACIENTES
Area 9 Madrid	Seguimiento y Cuidados para Pacientes Graves y Crónicos	1990	6 DUE 4 TS 4 AUX 1 PSQ (coord.)	CSM	sí	400.000	200
Area 3 Madrid	Seguimiento y Cuidados para Pacientes Graves y Crónicos / Continuidad de Cuidados	1991	6 DUE 4 TS	CSM	sí	400.000	200
SSM Fuencarral (Area 5) Madrid	Rehabilitación y Seguimiento de Enfermos Mentales Crónicos y Graves / Continuidad de Cuidados	1996	4 DUE 2 TS 1 PSQ (coord.)	CSM	sí	200.000	132
Madrid	Equipo de Atención Psiquiátrica a Personas sin Hogar.	2003	1 PSQ (coord.) 2 DUE 1 PSC 4 EDUC 1 TS	Oficina Regional SM. Área 7 (Salud) Programa Atención Social EM (S. Sociales)	Parcial	Población sin Hogar de Madrid	100
Málaga	Tratamiento intensivo	1992	1 PSIQ, 2 PSICOL	HG	no	500.000	89

			1 DUE 1 TS 1TO 2-5 AUX				
Avilés	Tratamiento Asertivo Comunitario	1999	2 PSQ 2 DUE 3 AUX 1 TS	-	no	160.000	75
Albacete	Tratamiento Comunitario Asertivo	2002	1 PSQ 1PSIC 1 DUE 1 AUX 1 TS 1TO	-	no	150.000	45
Galicia	Equipo de Continuidad de Cuidados	2001	1 DUE 1 AUX	H de D	sí	-	-
Zamudio	Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación: Proceso Programa de Seguimiento / Hospital de Día	2001		UGC REHABILITACION	no	723.120	60 plazas 151 pacientes
Cantabria (ASCASAM)	Programa de Atención Domiciliaria Especializada	1998	1 PSIC 1 TS	-	no	-	-

			1 EDU				
Cataluña 1 *	Programa de Atención Específica a los Trastornos Mentales Severos	1998	1 DUE 1 TS	CSM	sí	70.000-100.000	70-100 (69 programas)
Cataluña 2	Programa de Atención a los Trastornos Mentales Graves en la Infancia y la Adolescencia	2002	1 PSQ o PSIC 1 DUE	CSMIJ	sí	200.000	50 (10 programas)
Cataluña 3	Plan de Servicios Individualizado (PSI)	2003	2 DUE 2 TS	CSM	sí	200.000	50 (10 programas)
Cataluña 4	Equipo de Emergencias Psiquiátricas (EMS)	2003	1 PSQ 1 DUE	IAPS	Si	Barcelona ciudad	

Abreviaturas: PSQ: Psiquiatra, PSIC: Psicólogo, DUE: Diplomado en Enfermería, TS: Trabajador social, TO: Terapeuta ocupacional, AUX: Auxiliar de Clínica, EDU: Educador

* Datos proporcionados por la Gerencia de Salud Mental de la Generalitat de Cataluña correspondientes a Diciembre de 2004

CSM Adultos	Pacientes atendidos	Pacientes con TMS	%del total de pacientes atendidos	Pacientes en Programa TMS	% sobre el total de pacientes con TMS	TMS por Diagnóst.	% sobre el total de pacientes atendidos
	138.586	13.565	9,8	938	6,9	28.073	20,3
CSM I-J	32.599					998	3,1

Tabla 2: MODELO DE PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y CUIDADOS EN LA COMUNIDAD SEGÚN CARACTERÍSTICA DEL PROGRAMA tomada de Mueser et al [13]

CARACTERÍSTICA DEL PROGRAMA	MODELO DE PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y CUIDADOS EN LA COMUNIDAD					
	Broker CM	CM Clínico	M. Competencias	M. Rehabilitación	Tratamiento Asertivo Comunitario	CM Intensivo
Ratio paciente-profesional	1:50	1:30+	1:20-1:30	1:20-1:30	1:10	1:10
Enganche y seguimiento asertivo	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Alto	Alto
Responsabilidad de los pacientes compartida en equipo	No	No	No	No	Sí	No
Cobertura 24 horas	No	No	No	No	A menudo	A menudo
Decisión y participación del paciente	No	Baja	Alta	Alta	Baja	Baja
Énfasis en el entrenamiento en habilidades	No	Baja	Moderada	Alta	Moderada (?)	Moderada (?)
Frecuencia de contactos con el paciente	Baja	Moderada	Moderada	Moderada	Alta	Alta
Lugar de los contactos	Clínica	Clínica	Comunidad	Clínica/comunidad	Comunidad	Comunidad
Tratamiento integrado (proporcionado en su	Bajo	Moderado	Bajo (?)	Bajo (?)	Alto	Alto (?)

totalidad por programa)						
Provisión directa de cuidados y servicios	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Alto
Población diana	EMS	EMS	EMS	EMS	EMS con elevado uso de servicios	EMS con elevado uso de servicios

Nota: (?) = área del modelo que no está clara; EMS: enfermedad mental severa

